(7)

SUR

L'ANGIOTRIPSIE

LETTRE OUVERTE A M. TUFFIER

PAR

M. DOYEN

Extrait de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*

(10 Octobre 1898).

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1898

SUR

L'ANGIOTRIPSIE

LETTRE OUVERTE A M. TUFFIER

PAR

M. DOYEN



Extrait de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*
(10 Octobre 1898).

PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
L. MARETHEUX, Directeur
1, RUE CASSETTE, 1

1898

SUR L'ANGIOTRIPSIE

LETTRE OUVERTE A M. TUFFIER

MON CHER COLLÈGUE,

Je viens de lire votre travail sur l'hystérectomie vaginale dans le dernier numéro de la *Revue de Gynécologie;* j'ai étudié avec soin la thèse de votre élève Tessier. Je dois vous dire que cette lecture m'a causé un certain étonnement. Ne décrivez-vous pas comme votre propre méthode le procédé d'hémostase que j'ai présenté, il y a plus d'un an, au Congrès international de Moscou? Et votre gloire ne s'arrête pas là; il n'est question, dans le monde scientifique *et dans l'autre*, que de l'importante découverte du Dr Truffier, de l'instrument qu'il a imaginé pour arrêter le sang et pour supprimer, chez les opérés, tout danger d'hémorragie. C'est une révolution en chirurgie.

J'ai lû et relu votre mémoire, puis la thèse de votre élève; plus j'y pense et plus je me demande comment vous avez pu arriver à ce degré d'aberration.

Nous sommes de vieux camarades d'internat; je ne vous croyais pas capable d'un pareil procédé : en êtes-vous réduit à vous approprier une méthode qu'un de vos collègues a décrite et publiée bien avant que vous n'y ayez songé vous-même? Vous ne comprenez donc pas ce que vous faites-là?

Précisons : vous souvient-il encore du Congrès de Moscou? Vous souvient-il que là, j'ai présenté, en Août 1897, aux sections de Gynécologie et de Chirurgie, plusieurs instruments nouveaux, tous décrits dans le volume de *Technique chirurgicale* que je venais de terminer? J'ai fait voir mes *nouvelles pinces à grande multiplication*, que j'appelais pinces *vasotribes*, à beaucoup de collègues étrangers. Ces collègues se sont vive-

ment intéressés à ma méthode de vasotripsie, notamment au maniement de ma grosse *pince-clamp à pression progressive*, dont j'ai démontré le fonctionnement et les effets sur des pièces anatomiques et pendant les

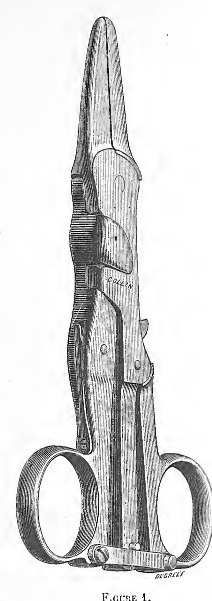


FIGURE 1.

FIGURE 1. — Pince-clamp à pression progressive (vasotribe) de Doyen (voir *Tech. chir.*, fig. 105). Les deux premiers modèles, trop faibles, ont été construits en 1896 et au commencement de l'année 1897. La 2e pince, celle présentée par M. Tuffier le 22 Décembre 1897 avec mon modèle définitif, à la Société de chirurgie, avait une articulation à angles vifs. Un mors s'est brisé en Juin 1897. Le modèle définitif a été construit aussitôt avec une articulation à angles arrondis. Ce modèle m'a servi depuis Juillet 1897 dans presque toutes mes opérations abdominales. Je l'ai présenté au Congrès de Moscou et je l'ai appliqué en Septembre 1897 à l'écrasement de l'intestin et de l'estomac (V. Congr. franç. de chir. Oct. 1897), puis à la néphrectomie. Le même instrument a été également employé à l'écrasement du cordon ombilical et à la castration des chevaux. La multiplication est de 20. (Longueur totale, 0,27 cent.)

opérations qu'on m'a demandé de pratiquer. On a beaucoup parlé de ces séances opératoires : n'avez-vous rien retenu de tout cela?

Si vous n'avez plus aucun souvenir du Congrès de Moscou, peut-être vous rappellerez-vous que, peu après notre retour, nous nous sommes rencontrés chez M. Collin, rue de l'École-de-Médecine, et que, pendant près d'une heure et demie, vous m'avez questionné sur mes présentations récentes? Vous devez vous souvenir que nous avons causé de la mésaventure qui vous est arrivée à propos de votre volumineux rapport, resté

en souffrance à la frontière russe, et que vous n'avez pu offrir aux membres du Congrès.

Je vous ai ensuite exposé toutes mes expériences sur la vasotripsie et les essais d'hémostase que j'ai poursuivis pendant plusieurs années. Je vous ai démontré le mécanisme de ma grosse pince, en m'étendant sur

FIGURE 2. — Pince angiotribe de Tuffier. (Longueur des branches, 0,31 cent.; longueur totale, 0,35 cent.)

Cet instrument a été construit en Septembre ou en Octobre 1897. M. Tuffier a déclaré, en effet, à la Société de chirurgie (22 Décembre 1897) qu'il étudiait son action depuis deux mois. La pince de Tuffier a été faite chez M. Collin, par les mêmes ouvriers qui, antérieurement, d'après mes dessins et mes indications presque journalières, avaient construit ma pince-clamp à levier latéral (fig. 1).

M. Tuffier n'a prié M. Collin de lui construire son instrument qu'après avoir examiné le mien et après avoir eu de moi verbalement tous les éclaircissements qu'il pouvait désirer.

(Le terme « écraseur » convient mieux que celui de vaso ou d'angiotribe à ces deux instruments, l'hémostase n'étant pas leur seul but, comme en témoigne l'application par moi-même de « l'écrasement » à la chirurgie du tube gastro-intestinal, à la résection de l'appendice vermiculaire, etc., etc. Dans ces opérations, j'écrase la musculeuse et la muqueuse en respectant la séreuse, pour faire une ligature en masse. M. Tuffier, qui suit, paraît-il, depuis quelque temps, cette méthode, reconnaîtra lui-même qu'il ne s'agit pas ici de pratiquer l'hémostase. Mon instrument et celui de M. Tuffier écrasent « en surface », ce qui les différencie nettement de l'écraseur linéaire de Chassaignac. Le nom d'*écraseur* est donc, à mon avis, plus justifié que celui d'*angiotribe*.)

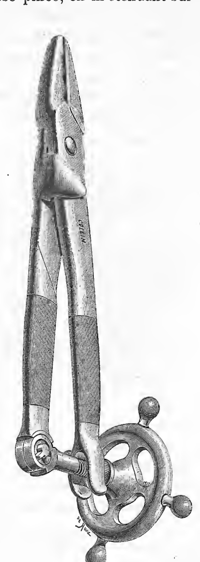


FIGURE 2.

les détails techniques de sa construction, et je vous ai fait voir les deux premiers modèles, qui étaient trop faibles. Je vous ai signalé mes premières tentatives d'hémostase sans pinces à demeure ni ligatures, ainsi que les avantages et les inconvénients de cette méthode. Vous m'avez écouté avec beaucoup d'intérêt.

Trois mois plus tard, je précise, le 21 Décembre 1897, la veille de votre communication à la Société de chirurgie sur l'*angiotripsie*, nous

nous sommes encore rencontrés chez M. Collin. Vous m'avez dit : « Le levier de votre grosse pince m'a paru un peu difficile à manœuvrer, j'ai demandé à M. Collin de le remplacer par un mécanisme plus simple », et vous m'avez montré, vos souvenirs remontent peut-être jusque-là, votre volumineux instrument. — « Mais c'est ma pince, vous ai-je fait observer : les mors, leur épaisseur, leur conformation, leur puissance, jusqu'aux angles arrondis de l'articulation, tout est copié sur mon modèle. Pourquoi avez-vous donc remplacé mon levier, d'un maniement si commode et si rapide, par un système plus compliqué? Votre pince a l'air d'un céphalotribe. »

« Je dois, avez-vous ajouté, présenter ma pince demain à la Société de chirurgie; je voudrais montrer en même temps la vôtre. » — « Bien volontiers : puisque vous employez ma méthode et que vous la trouvez bonne, il est naturel que vous présentiez mon instrument. Si vous le désirez, je vous ferai porter à la séance celui de mes premiers modèles dont un mors s'est brisé; ce modèle, qui a été le point de départ de mes calculs de puissance du modèle définitif, expliquera les dimensions, en apparence excessives, de ce dernier et de celui que vous avez fait exécuter d'après lui. »

Si ces détails ne vous semblent pas assez précis, j'ajouterai qu'en me renvoyant mes deux instruments, vous vous êtes fait excuser de ne pas pouvoir me rendre le mors brisé de la pince la plus faible, que vous aviez égaré à la Société de chirurgie.

Dans votre communication du 22 Décembre, vous signalez discrètement mon instrument en ces termes : « Je ne connais que le *lamineur* de Doyen qui lui soit comparable »; en êtes-vous arrivé à croire que c'est moi qui ai copié votre instrument? Sans doute, puisque vous attribuez à votre pince, que vous *essayez depuis deux mois*, toutes les qualités qu'elle tient de sa presque identité avec la mienne, — qui a été cependant démontrée six mois auparavant au Congrès de Moscou.

D'ailleurs, que voulez-vous dire par ces mots, le *lamineur de Doyen?* ai-je jamais parlé d'un lamineur? Vous ignorez donc ce que c'est que *laminer?* Faites un voyage au Creusot ou dans les forges des Ardennes et on vous y montrera des lamineurs; vous verrez passer entre de puissants rouleaux d'acier des pièces de métal rougi à blanc ; vous verrez, d'un galet de fer, fabriquer, en l'amincissant progressivement par plusieurs *laminages* successifs, une feuille de tôle. Je ne sais vraiment pas où vous avez été chercher ce terme de *lamineur*, qui a le double inconvénient d'être impropre et de n'être pas de moi; et je ne comprends pas ce besoin de vous instituer, sans mon autorisation, six mois après sa présentation à Moscou, le parrain de ma pince à levier.

Quant à la méthode, que j'ai baptisée, moi, au congrès de Moscou,

la « vasotripsie », vous vous l'attribuez sans vergogne, en la nommant « angiotripsie ». Vraiment, c'est d'une âme... simple. Vous me semblez d'ailleurs assez mal connaître l'histoire de l'hémostase : lisez ma *Technique chirurgicale,* pages 153 à 205, et vous verrez comment ma méthode dérive des essais de Maunoir et d'Amussat. Vous pouvez même parcourir tout le livre ; vous ne serez pas sans y trouver quelques procédés opératoires qu'il vous sera facile, après des retouches plus ou moins avantageuses, de rééditer comme vôtres dans cinq ou six mois. Et vous le ferez sans songer à mal.

Votre mémoire de la *Revue de Gynécologie* renferme d'ailleurs d'autres preuves très inquiétantes d'amnésie : vous attribuez la « création » de l'hystérectomie vaginale à Péan. Je ne sache pas que Péan ait jamais prétendu avoir pratiqué cette opération avant Czerny, d'Heidelberg, qui a réintroduit dans la pratique trois ans avant lui (1879-1882) l'opération de Récamier (Hystérectomie vaginale avec ligature des ligaments larges, 1829). Plus loin, vous me citez libéralement — (deux lignes) — comme ayant donné « droit de cité » à l'hystérectomie vaginale sans pinces ; ignorez-vous que toute l'école allemande, à de rares exceptions près, a toujours pratiqué l'ablation de l'utérus par le vagin, à l'exemple de Czerny, de Billroth, de Schrœder, de Martin, de Wœlfler, de Mickulicz, de Kocher, etc., en liant les ligaments larges de bas en haut, en étages, avec des fils de soie ou de catgut, que l'on passe à l'aide de fortes aiguilles courbes? Véritablement, vous devriez connaître ces détails. Vous terminez ces deux lignes, où vous me faites l'honneur de me citer, en nommant encore ma manœuvre le *laminage suivi d'une ligature*, et vous passez à votre propre *découverte*. C'est peut-

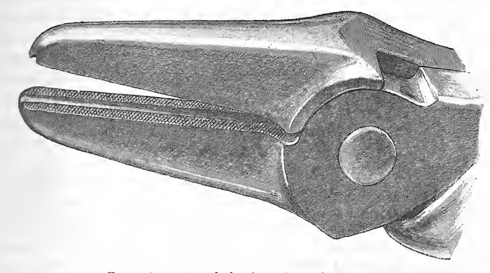


FIGURE 3. — Mors de la pince-clamp de Doyen.

être très habile, mais vous ne devriez pas avoir oublié à ce point mes communications et mes démonstrations de Moscou. Si vous les ignorez, je me suis suffisamment expliqué à votre propre demande, chez M. Collin, sur tous ces points, pour que cette phrase : *depuis que Doyen leur substitue le laminage suivi d'une ligature* — ne puisse tromper aucun des lecteurs au courant de la question. J'aurais dû vous inviter, avant la publication de ma *Technique chirurgicale*, aux séances opératoires où j'ai démontré à de nombreux collègues étrangers ma nouvelle méthode ; vous auriez pu alors vous l'approprier avec plus de vraisemblance, — ce qu'aucun d'eux n'a fait. Quant à la *ligature*, je n'ai jamais dit que je la pratiquais dans tous les cas ; je vous ai simplement signalé, chez M. Collin, pour vous éviter pareil accident, qu'en ne liant pas, j'avais observé soit un suintement sanguin d'origine veineuse, soit, chez des femmes très athéromateuses, une petite hémorragie artérielle. Après n'avoir pas été primitivement partisan de la ligature, j'ai bientôt jugé plus prudent, pour les opérations péritonéales, de placer dans le sillon creusé par la pince une fine ligature de soie. Cette précaution est particulièrement utile pour la résection de l'épiploon, dont les veines ne sont pas suffisamment oblitérées par le simple écrasement. C'est ce que j'ai signalé à Moscou, à Berlin, à l'Académie de médecine, à Édimbourg.

J'ai même ajouté que cette ligature servait, dans l'hystérectomie vaginale, bien moins à assurer l'hémostase qu'à fixer au fond du vagin les pédicules latéraux de l'utérus, qui pourraient, après avoir été infectés pendant une opération de salpingite suppurée, remonter très haut dans la cavité péritonéale et déterminer des accidents infectieux. Relisez vos observations, et vous verrez si vous ne feriez pas chose utile en profitant de mon expérience : sur 27 cas, vous perdez trois femmes d'hémorragie ; une autre ne doit son salut qu'à une laparotomie faite deux heures après votre opération, par votre interne, qui la trouve « pâle, presque exsangue et avec un pouls filiforme... et les mèches vaginales imbibées de sang rouge » (c'est votre élève Tessier qui parle, observation VI, p. 38)[1] ; dix ou douze autres malades (certaines observations ne sont pas explicites sur ce point) présentent après l'opération un suintement vaginal rouge. Vous avez là vraiment un singulier *procédé d'hémostase !*

Aviez-vous oublié les suites de vos propres opérations ? Cherchez à vous souvenir, et lisez la thèse de votre élève Tessier, que vous me semblez ne pas très bien connaître : vous y constaterez que votre technique est loin d'être brillante.

Vous employez le plus souvent « l'hémisection antérieure de l'utérus » (c'était l'occasion de me citer, à moins que vous n'ayez oublié que cette

1. Voir *Thèse* de Tessier, Steinheil. Paris, 1898.

méthode porte mon nom), et vous écrasez les ligaments larges à la fin de l'opération. Tantôt, dites-vous, si l'utérus bascule en avant, vous écrasez de haut en bas l'artère utéro-ovarienne, puis de bas en haut l'artère utérine; si vous enlevez l'utérus par morcellement, vous placez d'abord des pinces à demeure, puis vous les remplacez à la fin de l'opération par l'écrasement à l'angiotribe, *soit une double manœuvre, avec deux applications successives de pinces*. Et vos opérées présentent presque toutes des pertes vaginales rouges, de véritables hémorragies!

Permettez-moi quelques remarques : vous ne me semblez pas connaître très bien mon procédé d'hémisection antérieure de l'utérus, si

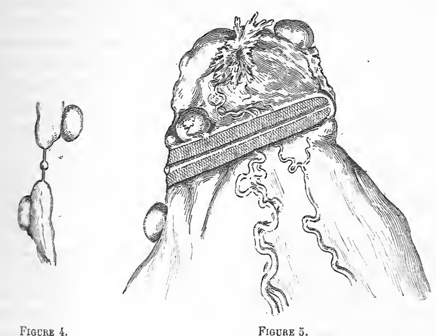


FIGURE 4. FIGURE 5.

FIGURE 4. — Écrasement d'un pédicule annexiel. Aspect de la double rainure produite par les mors de la pince (vu de profil).

FIGURE 5. — Même pièce (vue de face). Il ne reste, au niveau des gaufrures, que la séreuse et un peu de tissu celluleux.

j'en juge par les difficultés, assez inexplicables pour moi, que votre élève Tessier signale dans la moitié de vos opérations ; vous laissez une fois (obs. IV) un fibrome dans le ventre, *espérant qu'il s'atrophiera*. Dans l'observation V, votre élève Tessier prévoit *des escarres assez étendues, et il reste dans le vagin des lambeaux de tissus assez considérables voués au sphacèle*. Vous n'enlevez guère d'ailleurs que l'utérus, et le plus souvent vous laissez les annexes d'un seul ou des deux côtés. Exception faite, bien entendu, des femmes que vous avez déjà « ouvertes » quelques mois auparavant pour leur enlever, je ne sais pas trop pourquoi, les ovaires et les trompes par la laparotomie. Dans l'observation XIII,

vous faites d'abord la laparotomie, vous enlevez par cette voie la trompe droite, vous laissez les annexes gauches, peut-être aussi l'ovaire droit, et incontinent, vous recousez la malade pour enlever l'utérus, très adhérent, par le vagin; je vous avoue que je ne comprends pas, et je ne dois pas être le seul. Comment, le ventre ouvert, vous ne trouvez pas le champ opératoire assez vaste pour enlever l'utérus, vous laissez une partie des annexes, et vous faites une hystérectomie vaginale *difficile et longue*, dit votre élève fidèle et véridique, parce que *les adhérences retiennent l'utérus et l'empêchent de descendre et de basculer;* les adhérences, ajoute-t-il, saignent beaucoup; on les pince avec des clamps, puis on les écrase avec l'angiotribe. Je comprends de moins en moins : pendant que le ventre était ouvert, vous ne pouviez donc pas préparer votre hystérectomie vaginale, si vous aviez l'idée bizarre de la faire, en détruisant à ciel ouvert les adhérences pelviennes de l'utérus? — Le mieux eût été de pratiquer l'hystérectomie abdominale. — Quant à votre angiotribe, vous l'appliquez d'une manière assez anormale : vous écrasez les ligaments larges *à leur insertion utérine*, c'est-à-dire entre l'utérus et les annexes : vous laissez donc les annexes, à moins que vous ne les ayez enlevées antérieurement par la laparotomie; ou bien vous êtes obligé de les enlever après l'utérus, et, par suite, de répéter les manœuvres de pincement et d'angiotripsie.

Passons aux suites opératoires : votre méthode ne me paraît pas tellement sûre. La plupart de vos opérées ont un suintement vaginal rouge, tantôt léger, tantôt « assez abondant »; les premières injections vaginales *ramènent pas mal de saletés* (obs. XIV) et sont « assez fortement colorées par le sang »; les jours suivants, les injections sortent « sales, fétides, avec des débris sphacélés » et un peu de sang. Plusieurs malades souffrent beaucoup et présentent des accidents assez alarmants, par exemple : Observation V (Th. Tessier) opération le 3 Février : le 4, *douleurs dans le ventre;* le 5, 132 pulsations; phlébite double en Mars.

Observation VII. Ablation des annexes par la laparotomie un mois auparavant. Hystérectomie vaginale le 12 Février; le 13, *la malade respire avec beaucoup de peine, le pouls est si rapide qu'on ne peut le compter, la langue est sèche;* on injecte 1.200 grammes de sérum ; le 14, 136 pulsations, température 37° (?); le 9 Mars, *au toucher, qui est très douloureux, on constate que le fond du vagin est bourgeonnant et saigne au moindre contact* (Tessier). La malade quitte l'hôpital le 9 Mars, avec quelques pertes jaunes. — « Guérie » (Tuffier, obs. III).

Observation XI. Opération le 10 Mars; le 11, *la malade est très abattue, excessivement pâle, souffre du ventre; pouls 124, ventre très gros, ballonné, dur et sensible; compresses vulvaires teintées de rouge; le*

suintement vaginal est assez notable; le 22, on sent un empâtement au-dessus du pubis.

Observation XIV. *L'après-midi n'a pas été bonne; la malade, le soir, était très excitée, après avoir eu une assez longue prostration dans la journée;* les compresses vulvaires sont un peu tachées; le 7, le lendemain de l'opération, la malade souffre peu, mais son *état général n'est pas bon;* le 10, elle *va aussi bien que possible, mais tousse beaucoup;* les compresses vulvaires sont un peu tachées; on retire les compresses et la première injection *ramène pas mal de saletés.* Le 19, la malade *va bien, mais « tousse énormément »;* le 30, les *forces ne reviennent pas vite;* le 9 Mai, elle *est très bien* et quitte l'hôpital.

La malade de l'observation XII, opérée le 17 Mars, a présenté des *pertes vaginales fétides et de la fièvre;* elle toussait aussi par quintes et *avait bien l'aspect d'une tuberculeuse;* le 7 Avril, les pertes vaginales existaient encore et le ventre était un peu ballonné et sensible à la pression; le 18, elle *va très bien*, elle a encore quelques pertes et *se sent assez forte* pour quitter l'hôpital.

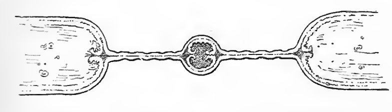


Figure 6. — Dessin agrandi d'une artère écrasée par la pince-clamp de Doyen. Bouchon central, produit par rainure médiane des mors de l'instrument. Accolement des tuniques celluleuses de chaque côté du bouchon central. Rebroussement des tuniques moyenne et interne dans le calibre de l'artère au-dessus et au-dessous du point écrasé. Le premier modèle de ma pince avait été déjà construit avec des mors arrondis, afin de ne pas cisailler les tissus (1896).

Voilà une tuberculose pulmonaire dont il n'est pas question dans les antécédents, qui a été bien facilement diagnostiquée, sans auscultation et sans examen bactériologique, et qui a guéri plus facilement encore.

Observation XV. Opération, le 21 Avril. Le ventre est très sensible; la première injection sort roussâtre (24 Avril); pertes vaginales sentant mauvais; on met des mèches dans le vagin, *craignant que le drainage ne se fasse mal* (27 Avril). Le 15 Mai, la malade part au Vésinet, *ayant encore des pertes, et on sent, au fond de son vagin, une masse indurée.*

Observation XIX. Opération, le 17 Mai; *injection de 1.500 grammes de sérum;* le 18, ventre un peu ballonné; *la malade va très bien* (?) *1.500 grammes de sérum*; le 21, suintement vaginal sentant très mauvais; le 28, *la malade vomit, a de la fièvre;* l'interne, M. Bonamy, le même que nous verrons tout à l'heure *rouvrir* les malades qui vont mal, *trouve*

au fond de la plaie une petite collection purulente qu'il évacue par le vagin.

Observation XXI. Opération le 17 Mai, suintement vaginal rouge peu abondant ; injection de 1.500 grammes de sérum ; le 18, *langue très mauvaise*, *ventre dur*, *un peu ballonné*, *très sensible*, compresses vaginales un peu tachées ; 1.500 grammes de sérum ; le 20, suintement vaginal sentant mauvais.

Observation XXIV. Opération le 7 juin ; le 8, *la malade souffre beaucoup du ventre*, *elle est abattue*, *suintement vaginal rouge;* le 9, suintement vaginal rouge, assez abondant, un peu fétide ; le 10, *ventre douloureux*, *suintement vaginal rouge et fétide;* le 13, la malade ne se *remet pas vite*, *elle est toujours très abattue et a de la fièvre depuis trois jours ;* on enlève les mèches qui sont sales et très fétides ; le 20, les pertes sont presque nulles et la malade *va aussi bien que possible.*

Observation XXV. Opération le 18 Juin ; suintement vaginal rouge ; le 23, *suintement vaginal sentant mauvais et irritant les cuisses de la malade.*

Lisez ces lignes avec soin, et méditez-les comme l'exige l'intérêt de vos malades.

Votre observation XXVII clôt la série d'une manière assez plaisante : vous hystérectomisez une femme de *soixante-douze ans*, *pour prolapsus.* Désireux de démontrer, j'imagine, que votre procédé n'est pas encore déterminé et que vous n'avez pas de technique bien précise, vous *pincez d'abord le ligament gauche avec 3 grands clamps* (il était vraiment large ce ligament) et *vous remplacez les clamps* par 3 applications d'angiotribe ; vous trouvez moyen d'avoir une hémorragie veineuse assez gênante du côté de la corne droite, puis vous *écrasez en 2 applications de votre instrument*, *sans le pincer cette fois* au préalable, le ligament droit, et enfin le point d'où venait l'hémorragie.

Il y a, après l'opération, un suintement rouge par le vagin ; vous n'avez pas refermé le péritoine, et votre malade guérit ; vraiment, vous êtes né « coiffé ». Ne vous livrez pas trop souvent à ces fantaisies sur des femmes de *soixante-douze ans;* cela pourrait ne pas toujours aussi bien réussir, et les mauvaises langues vous accuseraient d'entreprendre des opérations d'une utilité contestable ; on vous dirait atteint du « prurigo secandi ».

Il nous reste à commenter les observations les plus intéressantes, celles qui prouvent plus péremptoirement encore combien vous avez été imprudent de ne pas suivre les conseils que je vous ai si charitablement prodigués chez M. Collin. Vous rappelez-vous notre conversation? Peut-être assez mal, si j'en juge en comparant quelques observations de votre mémoire de la *Revue de Gynécologie* avec celles de la thèse de Tessier ; cette comparaison est très instructive :

Observation VI (Tessier) et VII (Tuffier).

Mme P..., trente-huit ans, opérée le 5 Février. — Suites opératoires :

TESSIER	TUFFIER
Observation VI. — Deux heures après l'opération, on fait chercher l'interne du service, M. Bonamy, parce que la femme *ne se réveillait pas, était pâle, presque exsangue et que son pouls était devenu filiforme.* Craignant une hémorragie, on retire les tampons du vagin; les mèches sont *imbibées de sang rouge;* en outre, il existe une certaine quantité de *sang liquide dans le vagin;* au spéculum, ou voit *sourdre du sang sur une assez large étendue.* On fait une laparotomie : le petit bassin est *plein de caillots et de sang liquide;* on voit le ligament gauche suinter un peu, *mais si peu, qu'on ne s'explique pas bien les symptômes présentés par la malade (!!!)* On *résèque un ovaire qui paraît malade,* et une *portion d'épiploon qui a mauvais aspect;* 1.500 *grammes de sérum.* Le pouls *se relève un peu;* 1.500 *grammes de sérum à minuit.* Le lendemain, 6 Février, le *pouls est meilleur, mais on ne peut le compter (!!!)* Température 38°,4, la malade est très faible; 2 litres de sérum; pouls 132. La malade quitte l'hôpital *en parfait état* le 25 Février.	Observation VII. — Deux heures après l'opération, ... symptômes de dépression très marquée, ... laparotomie : . . . . on trouve un peu de sang dans le petit bassin et dans le ligament large gauche, mais si peu qu'on ne s'explique pas par là les symptômes présentés par la malade. Il faut penser à des phénomènes de shock . . . . Suintement rose pendant deux jours, pas de douleurs . . . . Guérison . . . .

Vous avez oublié tous ces détails. Voyez comme la thèse de votre élève m'est précieuse pour combler les lacunes de votre mémoire. Sans cette thèse, personne aurait-il pu juger exactement ce qu'a donné entre vos propres mains votre *merveilleux* procédé d'hémostase : ceux de nos collègues qui ont pu avoir l'intention de vous suivre me sauront gré de ces quelques éclaircissements.

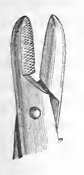
Les observations IX et XVIII sont également plus complètes dans la thèse de Tessier que dans votre mémoire. Nous allons les résumer :

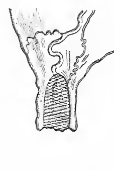
Observation IX. — **Salpingite. Grossesse extra-utérine infectée. Hystérectomie vaginale après colpotomie postérieure. Mort par péritonite septique.** — Opération le 3 Mars. « L'utérus vient assez

facilement, *grâce à l'hémisection antérieure.* Le 4, la malade *est très abattue; ventre un peu ballonné et très sensible; compresse fortement tachée de sang*, 1.500 grammes de sérum. Le 5, le ventre est très ballonné, on *arrache des cris à la malade si on cherche à la palper.* 1.500 grammes de sérum. A 2 heures, l'interne du service, M. Bonamy, fait une *laparotomie.* Il *ponctionne l'intestin*, et le suture. On trouve dans le petit bassin une *certaine quantité de sang épanché, mi-partie liquide, mi-partie solide* (?), qui semble venu d'une ancienne hématocèle, ou plutôt de la poche d'une grossesse extra-utérine infectée (?) » — (Vous signalez dans votre mémoire une *hématocèle rétro-utérine contenant 50 grammes de liquide couleur chocolat*). — « L'hémorragie est arrêtée, continue M. Tessier, *car aucun vaisseau ne donne.* On éponge et on fait passer une mèche du ventre dans le vagin. 1.500 grammes de sérum. La malade va de plus en plus mal, vomit *et meurt en pleine connaissance, après une terrible agonie.* Cette malade est morte de péritonite ; l'autopsie a été faite avec soin : M. Barbarin a injecté les artères utérines et utéro-ovariennes. *La préparation obtenue était excellente et tout à fait démonstrative.* M. Barbarin a disséqué ces artères ; et on voyait de la façon la plus évidente que *l'hémostase des ligaments larges était parfaite*, ainsi que la *cicatrisation vasculaire* (!!!) *L'injection s'arrêtait à une certaine distance de l'endroit écrasé par l'angiotribe* (!) » — Vos élèves ont vraiment la plume un peu légère : voyez-vous tout ce sang provenant d'une petite cavité d'hématocèle de 50 grammes, qui contenait un liquide « couleur chocolat » ! La constatation de l'arrêt de l'injection *à une certaine distance de l'endroit écrasé par l'angiotribe* prouve en outre que la gélatine avait mal pénétré. Et la *cicatrisation vasculaire*, que votre élève a trouvée *parfaite* sur ce cadavre en putréfaction après quatre jours de péritonite suraiguë septique et les délais légaux !!! Vous avez accepté ces billevesées sans contrôle, pour les servir, *moins la cicatrisation parfaite des artères*, qui a dû vous sembler une expression par trop risquée, aux lecteurs de la *Revue de Gynécologie*, à des collègues sérieux ! Votre seule excuse serait d'avoir rédigé vos observations en vous laissant guider par votre seule mémoire : on ne vous pardonnerait pas non plus cette liberté, qui serait excessive dans une revue scientifique. Vous résumez, en effet, d'une manière un peu trop personnelle, le texte de Tessier, quand vous écrivez : « *A l'autopsie, caillots dans le petit bassin, renfermés dans la poche formée par l'hématocèle; c'est de cette poche qu'est évidemment venue l'hémorragie* ; *l'injection des artères à la gélatine a montré que l'extrémité de ces vaisseaux était parfaitement laminée et imperméable. Et pourtant les moindres rameaux artériels étaient injectés.* » En relisant ces lignes, j'en arrive à douter que vous ayez même pris la peine de jeter les yeux sur cette fameuse et remarquable préparation cadavérique.

L'observation XVIII est plus suggestive et plus démonstrative encore, au point de vue de votre manière d'interpréter les lésions d'autopsie. Tessier intitule ce cas : **Hématocèle rétro-utérine. Hystérectomie vaginale. Mort par congestion pulmonaire grippale.**

Or, je relève ces détails : Opération le 5 mai. La malade, après s'être réveillée, *a beaucoup souffert;* dans les premières heures, *suintement vaginal assez abondant.* Le 6, pouls, 120; ventre un peu ballonné, *suintement vaginal assez abondant.* Le soir, température 40°; 1.500 grammes de sérum. Le 7, pouls 140, température 39°,5; le soir, on retire les mèches, *fortement imbibées de sang rouge brun. Température 40°,4; 1.500 grammes de sérum.* Le 10, un peu de congestion (râles fins) aux bases des deux poumons, surtout à droite; température, 40° matin et soir. Le 11, même


Figure 7.


Figure 8.

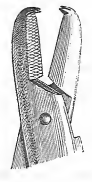

Figure 9.

Figure 7. — Pince forte à mors courts, de Doyen (multiplication, 8). (Voir *Tech. chir.*, fig. 104).

Figure 8. — Résultat de l'application de cette pince, serrée de toute la puissance de la main, et laissée en place deux à trois minutes.

Les tissus celluleux, agglutinés, sont blanchâtres et presque desséchés.

Depuis 1897, grâce à l'emploi de cette pince, je n'ai jamais lié une artère faciale ni d'autres vaisseaux sains et de calibre analogue. Si les artères sont athéromateuses, friables ou de gros calibre (humérale, fémorale), il faut les lier avec une fine soie après les avoir écrasées. (La dessiccation des tissus serrés pendant quelques minutes m'a démontré l'inutilité de chauffer les mors de la pince avec un fil de platine inclus dans l'épaisseur de l'un d'eux et isolé, comme j'avais eu l'intention de le faire en 1896.)

Figure 9. — Pince forte à mors courts (multiplication, 8) et à griffes, de Doyen, pour saisir et lier facilement les artères profondes : utérine, dans l'hystérectomie abdominale; maxillaire interne, etc. Cette pince ne doit jamais être appliquée sur une grosse veine, qu'elle déchirerait.

état. M. Tuffier, craignant qu'il ne s'agisse là, ainsi qu'il l'avait cru tout d'abord, d'une infection partielle du péritoine, *charge M. Bonamy*, interne du service, de pratiquer une laparotomie. « *On trouve simplement, dans le petit bassin, et collecté au milieu d'adhérences, environ un verre à Bordeaux de liquide roussâtre, légèrement trouble.* » Cette dernière phrase est de vous-même; et vous ajoutez avec le plus grand sérieux : « *pas de traces de*

péritonite. » L'autopsie n'a pu être pratiquée. — Votre élève Tessier dit : « L'opération de M. Bonamy a montré qu'il *n'y avait pas eu d'hémorragie*; d'un autre côté, les symptômes pulmonaires présentés par la malade, pendant une épidémie de grippe, à la Pitié, *nous donnent presque la certitude qu'elle est morte de congestion pulmonaire* ». Avez-vous donc oublié à ce point la médecine et l'anatomie pathologique, que vous ignoriez qu'une collection de liquide roussâtre, au milieu d'adhérences péritonéales, constitue la péritonite la mieux caractérisée que l'on puisse rêver? Ignorez-vous aussi que la congestion pulmonaire des bases est la conséquence habituelle des septicémies post-opératoires à marche subaiguë? Cette malade n'est pas morte d'hémorragie, dit l'observation ! *Et ce suintement sanguin post-opératoire assez abondant qui a duré plusieurs jours*, et ces injections de sérum à la dose *de 1.500 grammes par jours?* soit *12 litres en huit jours!* Je crois bien qu'elle ne devait plus saigner lorsque votre interne l'a rouverte encore vive! La malheureuse avait reçu déjà 10 litres 1/2 de sérum sous la peau ; elle n'avait plus guère que de l'eau salée dans les artères, et ses râles pulmonaires fins, survenus le sixième jour, pourraient bien être des râles d'œdème mécanique du poumon.

Une dernière citation, et des plus curieuses : je lis dans la thèse de Tessier, en tête de l'observation XVI, ce titre : **Hystérectomie pour cancer. Guérison relative.** Qu'est-ce que ce peut bien être qu'une *guérison relative ?* Ne serait-ce pas une de ces guérisons qui consistent — l'artifice est ingénieux — à transporter les opérés qui vont mal dans une salle de médecine, où ils *vont finir discrètement leurs jours*, tandis qu'en regard de leur nom, figure, sur le registre du chirurgien, cette simple mention : *sorti le* .... 189 ......

Ne vous est-il pas arrivé d'oublier, à la Société de chirurgie, les suites opératoires et l'âge — 66 ans — d'un de vos opérés de pneumotomie pour gangrène, qui était mourant le matin de votre communication, avec 44 respirations par minute, et qui est mort le jour même[1]? C'était bien là une guérison relative. La malade de l'observation XVI est donc morte? Assurément; vous nous le dites dans votre mémoire : l'opération n'a pu être complète. Suites opératoires : « *pas de suintement rouge, mais suintement vaginal sale, de coloration* « **indéfinissable** », *sentant abominablement mauvais,* et persistant après l'ablation des mèches. Douleurs de ventre les premiers jours seulement. État général mauvais, fièvre pendant six jours; la malade se met à tousser; diarrhée; phtisie aiguë qui amène la malade au plus bas en l'espace de vingt-cinq jours. Elle retourne le 19 Mai mourir chez elle » (Tuffier).

Voici une tuberculose qui, de même que la *grippe* de l'observa-

1. *Comptes rendus Soc. de Chir.* (Masson), 1895, p. 695, 794 et 795 (M. Bazy).

tion XVIII, est venue bien à propos. A moins que ce terme si élastique, *phtisie*, ne signifie pour vous phtisie cancéreuse, ou même septicémie post-opératoire ! — Consultons la thèse de Tessier, je lis : *suites opératoires :* « dans la journée, un *écoulement vaginal rougeâtre a taché la compresse* ». Vous aviez donc oublié ce détail, à moins que vous ne soyez atteint de daltonisme, ce qui expliquerait que vous *n'ayez pu* « **définir** » *cette coloration.*

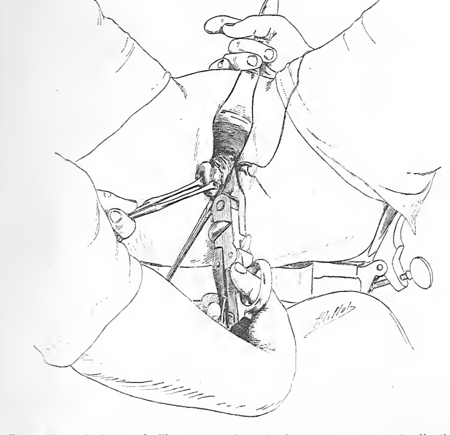


FIGURE 10. — 3e temps de l'hystérectomie vaginale par *écrasement*. Application de la pince à levier sur les deux tiers inférieurs du ligament large gauche. On voit le fil disposé pour la ligature de l'artère utérine. (D'après une photographie.)

Le 13 Mai, trois semaines après l'opération, M. Tessier dit qu'on sent au toucher, dans le fond du vagin, une masse bourgeonnante, saignant facilement, qu'il décore du nom de récidive. Cette malade, opérée incomplètement, *a donc saigné* comme la plupart des autres, et a succombé, avec de la fièvre, de la diarrhée et un écoulement vaginal sanieux, à la septicémie chronique.

Si nous voulons apprécier, pour employer votre propre expression, la *statistique intégrale* des 27 opérations de votre mémoire, nous trouvons donc 3 morts, soit 11 pour 100. Et vous publiez de tels résultats ! Votre

statistique n'est pas encourageante. Ignorez-vous que l'hystérectomie vaginale, faite soit avec les seules ligatures, soit avec des pinces à demeure, ne donne guère que 5 pour 100 de mortalité entre les mains d'opérateurs sans prétention ?

Je pourrai vous donner un de ces jours, si vous le désirez, quelques leçons de mécanique pratique, afin que vous puissiez au moins, si vous vous appropriez un de mes instruments, ne pas le détériorer et le rendre presque inapplicable. Vous avez pris de mon écraseur ce qui est indis-

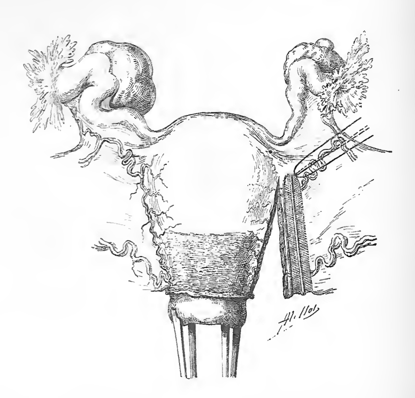


Figure 11. — Sillon déterminé sur le ligament gauche par les mors de l'écraseur. Section de ce ligament, montrant jusqu'où l'utérus va être libéré après l'application bilatérale de l'instrument. Au trait, et au-dessous des annexes gauches, est figuré l'endroit où sera appliqué l'écraseur sur le bord supérieur des ligaments larges, à la fin de l'opération.

pensable pour obtenir l'hémostase : « *L'écartement, le plat des mors, la profondeur des stries mousses, tout a été minutieusement calculé,* » dites-vous en parlant de votre pince; vous oubliez d'ajouter, *par M. Doyen.* Vous vous appropriez non seulement la partie active de ma pince à pression progressive, mais *toute la méthode;* vous décrivez comme de vous les mors d'un instrument dont j'ai longuement calculé moi-même la résistance, dont j'ai déterminé la forme, pour la construction duquel j'ai fait fabriquer des fraises spéciales, ne laissant autour de l'articulation aucun angle vif qui puisse être l'occasion d'une rupture.

Toutes ces difficultés techniques, qui m'ont obligé à prendre la lime

plus d'une fois, vous vous en attribuez la solution ; toutes les expériences qui m'ont amené à étudier la rainure médiane de mon écraseur, la profondeur des stries des mors et leur action sur les différents tissus ; toutes ces recherches qui me sont tellement personnelles, vous vous les appropriez !

Bien mieux : je vous ai longuement exposé chez M. Collin —, à propos du fonctionnement de ma pince à levier, ce que je trouvais bon, — *ce qui*

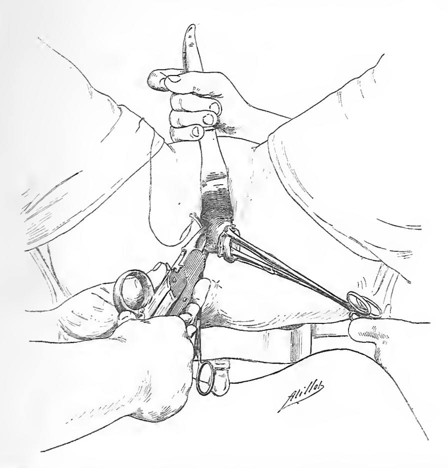


Figure 12. — Application de l'écraseur sur les deux tiers inférieurs du ligament large du côté droit. On voit le fil préparé pour la ligature de l'artère utérine. (D'après une photographie.)

me semblait défectueux... et c'est *ceci seulement* que vous avez retenu. Ne vous ai-je pas donné toutes les explications que vous m'avez demandées ? Je vous ai signalé la possibilité d'hémorragies intra-péritonéales et leurs dangers ; je vous ai dit que, l'hémostase serait-elle parfaite sans ligature, je plaçais un fil dans le sillon creusé par les mors de la pince pour empêcher, en les fixant au fond du vagin, que les pédicules des vaisseaux utérins et utéro-ovariens ne puissent remonter après l'opération dans les ligaments larges ou dans la cavité péritonéale Pourquoi n'avez-vous pas tenu compte de mon expérience ? J'évite, moi, depuis que je suis fidèle à

cette technique, toute complication post-opératoire : mes malades ne saignent pas ; elles n'ont ni douleur, ni fièvre, ni ballonnement, ni pertes vaginales sanieuses et fétides.

Cessez donc de compliquer inutilement une opération aujourd'hui si bien réglée. Vous vous éviterez beaucoup d'ennuis, et vous n'aurez plus

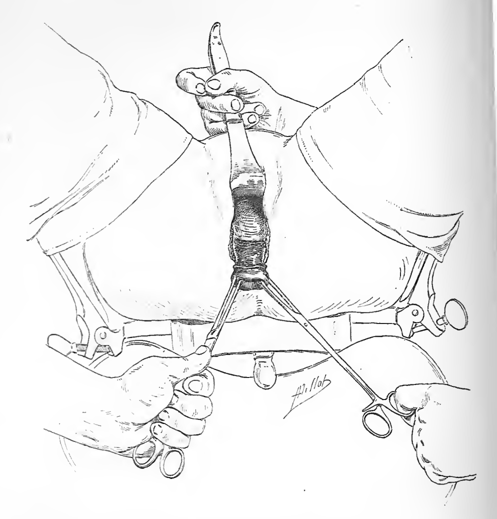


Figure 13. — Abaissement direct de l'utérus à la vulve, après la section des deux tiers inférieurs des ligaments larges. On aperçoit par transparence le cul-de-sac péritonéal antérieur. (D'après une photographie.)

besoin de laisser près de vos opérées un interne prêt à *les rouvrir en cas de besoin*.

Examinez aussi ma pince avec un peu d'attention ; maintenant que vous avez assez manié la vôtre, vous pouvez juger ; je vous avais offert un excellent instrument, vous ne l'avez pas compris, et sous prétexte de l'améliorer, vous avez supprimé, en en conservant l'indispensable, c'est-à-dire les mors et la puissance, un mécanisme excellent pour lui substituer la manœuvre lente et pénible d'une lourde vis de rappel. Mon in-

strument permet de mesurer de la main l'effort produit de *0 à plus de 2.000 kilos;* vous lui préférez un clamp plus lourd encore, plus encombrant et d'une puissance aveugle. De ma nouvelle méthode d'hystérec-

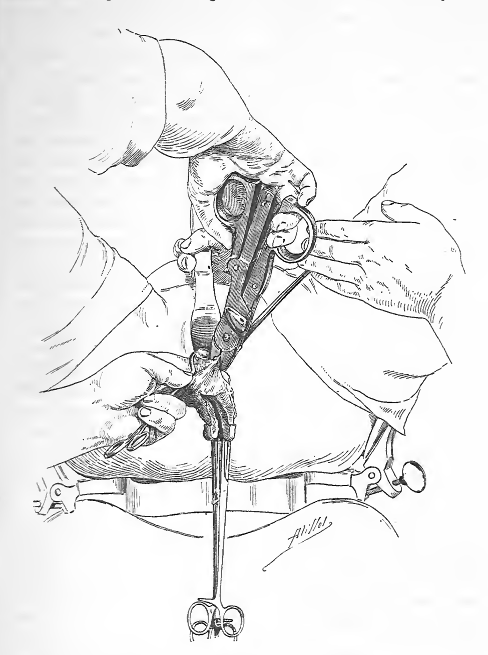


Figure 14. — Écrasement du bord supérieur du ligament large gauche, au-dessus des annexes. Une ligature, faite le plus souvent avec le fil qui lie déjà l'utérine, va être appliquée dans le sillon tracé par l'écraseur. (D'après une photographie.)

tomie, vous ne retenez que ce que je vous ai signalé comme un écueil; vous y donnez tête basse, et vous allez, malgré mes avertissements, au-devant des accidents que j'évite à coup sûr.

Aussi ai-je pris soin de faire reproduire à la plume, par mon ami

M. Millot, à votre intention, les beaux dessins qui m'ont servi à démontrer mon procédé. Méditez-les et ne vous gênez pas, si vous en sentez le besoin, pour me demander tous les éclaircissements que vous pourrez désirer. N'êtes-vous pas mon aîné, et un vieux camarade d'internat? Je ne vous refuserai pas ce service.

En effet, vous n'avez pas du tout compris les avantages de ma nouvelle technique : vous basculez l'utérus en avant comme dans mon ancien procédé, et vous n'écrasez les ligaments larges que lorsque l'organe est hors de la vulve : il ne faut pas opérer ainsi. Essayez, comme je le pratique, d'écraser d'abord les deux tiers inférieurs du ligament large gauche, coupez en dedans de la pince, faites de même de l'autre côté, et vous verrez que l'utérus, déjà libéré en arrière et en avant comme dans mon ancien procédé, descend tout droit et d'une seule pièce. Il descend si bien, qu'un seul coup de ciseaux sur sa paroi antérieure ouvre le cul-de-sac correspondant et permet d'atteindre, presque sans bascule de l'organe, le bord supérieur des ligaments larges.

J'extrais à la vulve les annexes gauches, j'écrase leur pédicule vasculaire, je le lie et je coupe au-dessous de la ligature. De même de l'autre côté. Le plus souvent, j'ai lié le pédicule de l'utérine après l'avoir écrasé. Je fixe l'une à l'autre les ligatures de l'utérine et de l'utéro-ovarienne de chaque côté, et souvent je ferme au-dessus d'elles le péritoine par un fil en cordon de bourse. Je maintiens, dans tous les cas, mes pédicules dans le vagin. — Si leur ligature vous semble trop difficile, fixez-les avec deux petites pinces à demeure; vous les empêcherez ainsi de remonter dans le péritoine, sans causer plus de douleurs aux femmes que lorsqu'elles n'ont que des ligatures. — Les annexes sont enlevées, par ce procédé, d'une seule pièce avec l'utérus.

Vos malades guériront ainsi sans incident, et vous éviterez à votre interne la corvée désagréable de les *rouvrir quand elles se meurent d'hémorragie ou de péritonite.* A ce propos : quand vous avez un opéré en danger, *rouvrez-le vous-même et ne confiez pas ce soin à votre interne.* Agissez-vous ainsi dans votre clientèle privée? je ne le crois pas; ne le faites donc pas à l'hôpital. Vous passeriez pour y pratiquer des expériences *in anima vili.*

Quelques mots encore. Connaissez-vous mon livre sur la chirurgie de l'estomac et mes diverses communications sur le même sujet, que j'approfondis depuis plus de six ans? Si vous en avez eu connaissance, vous devez avoir tout oublié, à en juger d'après la désinvolture avec laquelle vous vous appropriez dans ce domaine ce que j'ai étudié et décrit avant vous.

Vous annoncez dans une note, sans doute pour prendre date, dans la *Revue de Gynécologie*, page 568, pour la chirurgie des os, de nouveaux

instruments, mus par un moteur électrique. Peut-être n'avez-vous pas lu la thèse du Dr Marcotte, de Soissons, ni ma *Technique chirurgicale*? Ou bien vous les avez oubliées. Je vais prier M. Collin de vous soumettre les types définitifs que je viens d'arrêter; un seul conseil : ne cherchez pas à les modifier.

J'ai à vous proposer un excellent cinématographe, celui de MM. Clément Maurice et Parnalland; cet appareil est parfait. Achetez-le, il vous sera très utile. Mais ne cherchez pas à vous approprier cette nouvelle méthode d'enseignement de la chirurgie; il y a trop peu de temps que j'en ai fait la démonstration au congrès d'Édimbourg et quelques collègues s'en souviennent encore. Vous ne diminuerez en rien votre mérite en reconnaissant mon antériorité.

Je termine en vous faisant une proposition d'ami : J'ai encore quelques instruments peu connus; mes canules pour tuber le larynx pendant certaines opérations, — expérience qui vous a assez mal réussi sur des « chiens », — et mon appareil pour la respiration artificielle, dont la présentation m'a valu, vous en souvient-il, mon premier succès à la séance d'ouverture du Congrès de Moscou. Vous étiez tout près de moi, et vous avez dû les entrevoir. Il y a aussi toute mon instrumentation pour le traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche, que vous ne connaissez pas encore; nous pourrons prendre rendez-vous au prochain Congrès de chirurgie, vers le 20 de ce mois; je vous expliquerai le tout avec soin. Vous me servirez à vulgariser mes instruments.

Votre ancien camarade,

E. Doyen.

P. S. — J'oubliais de vous expliquer pourquoi j'ai intitulé cette lettre « Sur l'Angiotripsie ». Je vous vois déjà m'appeler *plagiaire*. Vous avez, en effet, au mot *vasotribe*, que j'avais choisi, extirpé deux lettres, pour leur substituer trois autres, et cette opération a pu réussir sans hémorragie.

Je dois vous dire que je n'avais pas choisi le mot « vasotribe », qui dérive à la fois du latin et du grec, sans consulter un de nos Hellénistes les plus distingués. C'était en Août 1897, avant mon départ pour Moscou (mon livre était imprimé). Il m'a été répondu que, des mots *vasotribe* et *angiotribe*, le premier serait peut-être plus généralement compris, tout le monde connaissant le terme de « vasomoteur » et que les mots hybrides étaient nombreux dans le vocabulaire scientifique.

Si la majorité de mes collègues préfère le mot angiotripsie, je

l' accepte bien volontiers. Ce sera votre principal et peut-être votre seul titre de collaboration à ma méthode. J'ajouterai que je suis heureux de vous voir le premier défenseur de l'angiotripsie; mais n'eût-il pas été mieux de votre part de m'accorder ce qui m'était dû et de combattre unis pour la bonne cause?

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 14062.